

11227



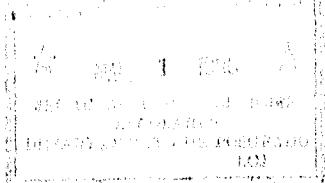
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

83

FACULTAD DE MEDICINA

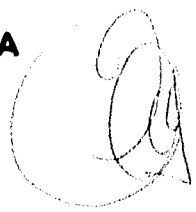
División de Estudios de Postgrado e Investigación
Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran"

26



CALIDAD DE LA PRESCRIPCION

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
MEXICO, D.F.



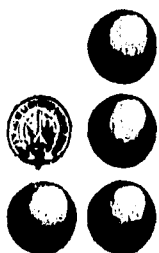
T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A:

DRA. VIRGINIA PASCUAL RAMOS

TUTOR:
DR. SERGIO PONCE DE LEON



INNSZ

CIUDAD UNIVERSITARIA

MARZO 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION

SALVADOR ZUBIRAN

CALIDAD DE LA PRESCRIPCION MEDICA

Dra. Virginia Pascual Basso *

Dr. Sergio Fonce de León Balleza **

1.* Médico Residente de Medicina Interna del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

2.** Jefe de la Unidad de Atención Ambulatoria y Miembro de la Unidad de Epidemiología Clínica del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F.

CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

INTRODUCCIÓN:

Todos los médicos nos enfrentamos a falla de tratamiento, a mal control de síntomas y signos, o a incumplimiento del mismo. En muchos casos es la evolución intrínseca del padecimiento de base lo que determina el primer punto; en el segundo y tercer puntos existen varias variables que intervienen, como mal apego a tratamiento, tratamiento incorrecto, incompleto o inadecuado al tipo de paciente (1) y al medio en que se ubica (disponibilidad del fármaco, posibilidad económica de adquirirlo, educación sanitaria y general, comprensión de la prescripción...).

A nivel personal existe un punto donde podemos interferir y de hecho se relaciona con los tres apartados antes descritos, la realización de la receta médica, que depende única y exclusivamente del médico. Este proceso de recetar es más complejo que el simple hecho de escribir en un papel un número determinado de medicamentos, siempre y cuando busquemos un adecuado cumplimiento por parte del paciente. Por otra parte sintetiza un encuentro entre dos partes bien definidas y por tanto debe de ser el resultado de un análisis profundo no sólo de un padecimiento, sino también de toda la estructura familiar, económica, en definitiva, social del paciente.

La calidad general de la prescripción depende de varios parámetros: estructurales, de procedimiento, (2) etc... Una de las maneras de mejorar el resultado final de dicha calidad es que sólo aquellos medicamentos con una eficacia demostrada y con una adecuada relación entre riesgos y beneficios sean prescritos, hecho que sabemos a ciencia cierta no ocurre (3-5). Otra forma de entender la calidad de la prescripción es incidir en el procedimiento básico, es decir en el hecho práctico de hacer una receta, entendible, legible, concreta, específica y clara, que no de pie a dudas por parte del paciente. La receta médica es un elemento objetivo que sintetiza el encuentro médico-paciente; en ausencia de otros elementos para valorar este episodio, la receta médica puede servir para conocer algunos aspectos del mismo, dirigidos a resolver el problema del enfermo, siempre y cuando éste pueda o quiera cumplir con lo indicado.

La tremenda complejidad de lo anterior fue realizado por Durán González y colaboradores en un estudio donde se analiza la calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Uno de los puntos más importantes que señala esta investigación, es que el médico debe de seguir cuando menos seis pasos para considerar a la consulta cuando menos técnicamente adecuada que son: el interrogatorio, la exploración física, el diagnóstico, la prescripción, la información al paciente y la cita (3). Por otro lado, el proceso racionalizador de la prescripción debe de tomar en cuenta todos estos componentes involucrados que terminan en la emisión de una receta.

Se han analizado ciertas variables que favorecen la prescripción adecuada como son la difusión de la información impresa, la retroalimentación al médico posterior a la prescripción, las discusiones de grupo, las conferencias, la comunicación cara a cara, la consulta a un asesor como requisito previo a la prescripción y la restricción del uso de medicamentos a partir de un cuadro básico de los mismos (3, 5-8). Todas estas variables, operando más de dos de manera simultánea, favorecen la prescripción adecuada, refiriéndonos al contenido de la misma (3).

Existe un apartado que podríamos llamar la forma de la prescripción, pocas veces mencionado en la literatura, relacionado con la legibilidad, estructura y presentación de la receta, que interviene de una manera tan decisiva como las variables antes mencionadas, en la calidad de la prescripción. De nada sirve que un fármaco determinado esté bien indicado, a las dosis adecuadas y por el tiempo requerido, si a la hora de transmitirlo al paciente, a través de la emisión de una receta, ésta es indescifrable.

Este aspecto, que pudiéramos llamar la calidad de la forma de la prescripción es el que pretendemos estudiar y analizar en este trabajo, a través de uno de sus puntos claves como es el estudio de la receta médica, carta de presentación del médico, en su estructura, legibilidad y comprensión.

Para poder rellenar una receta con las características antes mencionadas debemos primero estudiar cual es la calidad de nuestra recetas, detectar las posibles fallas y hacer las correcciones pertinentes. El estudio de ésta debe de tener su base en la opinión del paciente ya que él es quien debe de seguir las indicaciones y por tanto entender lo que se prescribe. El paciente es quien puede señalar nuestros errores y cualquier fallo detectado a este respecto es, en buena parte, nuestra responsabilidad.

La mayoría de los estudios realizados hasta la fecha donde se pretende analizar la calidad de la prescripción médica han sido desarrollados en el primer nivel de atención, habiéndose llegado a la conclusión general de que se necesita una intervención educativa para mejorar la calidad de la prescripción médica (4,6,7,9,10). Estos estudios basan su atención en si los medicamentos prescritos son adecuados a los padecimientos de base, en definitiva si existe indicación clínica para su uso. Así por ejemplo, De Santis y colaboradores demostraron la efectividad de las técnicas de intervención educativa sobre dos grupos de médicos generales, en lo que se refería a prescripción de antibióticos para amigdalitis. Se demostró que el porcentaje de prescripciones que coincidían con las recomendadas en los libros de texto, aumentó significativamente en el grupo que recibió la campaña educativa (8).

García Rubí evaluó la prescripción de antibióticos en la consulta externa de un hospital de tercer nivel en MEXICO, en el INNSZ (11). Entre sus resultados, destacan, que en el 25%, con una frecuencia del 15 al 35%, no coincidía la prescripción dada al paciente con lo reflejado en el expediente; así, de 739 expedientes revisados se identificaron 80 episodios infecciosos; en 71 de ellos, el tratamiento anotado en la receta coincidía con el del expediente, sin embargo en 4 casos el tratamiento venía tan sólo referido en la receta y en 5 tan sólo en el expediente. Estos resultados, en contra de lo que pudiéramos creer, no son aislados (5).

En base a estos antecedentes, quisimos profundizar en el aspecto de la discrepancia entre la información referida en el expediente y en la receta y así mismo ampliar nuestro conocimiento sobre las características estructurales de la prescripción médica en nuestro medio.

Se eligieron las consultas de medicina interna y endocrinología, tanto por su similitud como por ser las que atienden la gran mayoría de las enfermedades que padecen los pacientes del INNSZ.

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la calidad de las recetas médicas extendidas en la consulta externa de medicina interna y de endocrinología de un centro de tercer nivel, cotejar la información allí referida con el expediente y con la información que capta el paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valorar la calidad de la receta médica en relación a la presencia de todas las variables que una receta adecuada debe de incluir.
- Determinar si existe alguna relación entre la calidad de la receta y el médico que la prescribe, tiempo de ejercicio, así como la especialidad a la que pertenece.
- Determinar las características del paciente en cuanto a edad, sexo, escolaridad y otras, y si éstas tienen un papel de facilitar la comprensión de la receta médica.
- Identificar las características de prescripción de un grupo de médicos residentes de medicina interna y del servicio de endocrinología.
- Determinar en que porcentaje de los pacientes, el expediente contiene información en cuanto a la prescripción, que no aparece en la receta.
- Determinar en que porcentaje la receta que se da al paciente tras la consulta, contiene información que no aparece referida en el expediente.
- Determinar la frecuencia en que el paciente refiere verbalmente prescripciones terapéuticas, no referidas ni en el expediente ni en la receta.

HIPOTESIS:

1.La receta médica contiene la misma información que la prescripción anotada en el expediente.

2.La calidad de la receta (legibilidad, exhaustividad, congruencia con el expediente) se relaciona directamente con la experiencia del médico que la emite.

3.Aún en presencia de una buena calidad de la receta, las características del paciente (nivel socio-cultural, económico, de educación sanitaria) son fundamentales en la comprensión de ésta.

METODOS SUJETOS Y MATERIALES:

ESTRUCTURA DEL ESTUDIO:

Se aplicó una encuesta y analizó la receta entregada a pacientes que salían de consulta subsecuente de medicina interna y de endocrinología. El número total de encuestas aplicadas fue de 90. Treinta pacientes fueron atendidos por residentes de primer año de medicina interna, 30 pacientes por residentes de segundo año de medicina interna y 30 por residentes del servicio de endocrinología. Las encuestas fueron aplicadas en un periodo de 4 semanas.

ELIGIBILIDAD: se eligieron todos aquellos pacientes que aceptaron tener una entrevista y rellenar un cuestionario. Todos los pacientes fueron vistos con expediente, éste contenía la nota correspondiente y recibieron receta. Los pacientes, o en su defecto sus acompañantes, debían saber leer o escribir.

ESQUEMA DE MUESTREO: considerando a cada día de la semana como un estrato, se eligieron aleatoriamente a los pacientes que acudieron a consulta subsecuente y programada de Medicina Interna y de Endocrinología, durante el tiempo necesario para completar la muestra ya descrita; en este caso se realizó en cuatro semanas.

NUMERO DE SUJETOS: 90 pacientes, 30 por categoría de experiencia. Este número se obtuvo mediante los resultados de un estudio piloto, que permitió estimar la variabilidad del puntaje de la calificación de las recetas, para poder identificar diferencias de una desviación estándar o más, con 80% de potencia.

VARIABLES A EVALUAR:

Se evaluaron variables de 4 elementos que intervienen en el estudio:

PACIENTES: edad, sexo, nivel sociocultural, presencia de déficits sensoriales, así como otros parámetros que pudiesen influir en la comprensión de la receta.

RECETA: se evaluaron, tanto el contenido de la receta en lo referente a dosis, presentación, frecuencia del o, de los fármacos, la presencia de especificaciones sobre otras modalidades terapéuticas, suspensión de medicamentos y o, de hábitos nocivos.

MEDICO: se determinaron el sexo, la especialidad y el tiempo de ejercicio de los médicos.

EXPEDIENTE: se evaluaron tanto lo referente a una nueva terapéutica como lo referente a suspensión de tratamientos.

Para evaluar la legibilidad, se solicitó la participación de dos auxiliares de consultorio, quienes además de la autora, calificaron cada receta en una escala de tres categorías: ilegible (0 puntos), regularmente legible (1 punto) o completamente legible (2 puntos). La calificación total del rubro se obtuvo por la suma de las tres evaluaciones de cada receta.

Para la calificación del formato de las recetas se diseñaron dos formas de puntaje: la calificación A, que incluía aspectos relativos a la presencia de tachaduras, especificación de la presentación, la dosis, la frecuencia, el número de envases, la duración, la forma de administración, el nombre del paciente, el nombre del médico, la firma, la cédula profesional y la fecha, siendo éstas ponderadas por la legibilidad. De esta manera, los puntajes obtenidos iban de 0 como lo más indeseable, a 12 como lo más deseable. La calificación B se estructuró de la misma manera pero no consideró los aspectos de tachaduras y la ponderación por la legibilidad. Así, esta calificación va de 0 como lo más deseable a 6 como lo menos deseable.

El tipo de receta se categorizó como extendida cuando la frecuencia de la administración se precisaba mediante palabras o abreviaturas escritas (por ej.: 2 tabletas cada 8 hrs.). El formato abreviado se identificó cuando se especificaba el número de unidades que el paciente se debía de administrar en cada fracción del día; por ejemplo, 1-1-1 (es decir, una tableta tres veces al día). En caso de uso de ambos métodos, la receta se denominó de tipo mixto.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Para fines descriptivos, los datos fueron resumidos mediante frecuencias absolutas y relativas o con promedio aritmético y desviación estándar (DE) y mediana e intervalo, según fuera apropiado. Con fines comparativos, se empleó el procedimiento de suma de rangos de muestras independientes de Mann-Whitney al comparar dos grupos (por ejemplo las calificaciones entre las dos especialidades estudiadas). Para evaluar la significancia entre el número total de fármacos prescritos y la exhaustividad de la información relativa a ellos o, al comparar el número de fármacos en la receta versus el expediente, se utilizó el procedimiento de la suma de rangos señalados de Wilcoxon. Para comparar los resultados obtenidos entre los diferentes niveles de tiempo de ejercicio o con los diferentes tipos de recetas, se utilizó el procedimiento de Kruskal-Wallis (12). Para el análisis de tablas de contingencia (por ejemplo discrepancias de cierto tipo vs. tiempo de ejercicio) se utilizó la prueba de Chi Cuadrada. Para todos los análisis se utilizó un nivel de significancia de $P=0.05$. Todos los análisis se llevaron a cabo mediante el paquete STATA, versión 3.0 (Computing Resource Center, Santa Mónica, Calif. 1992).

ETICA:

-Se solicitó consentimiento verbal a cada uno de los encuestados, realizándose la encuesta tras la consulta, mientras los pacientes esperaban su carnet.

-Los médicos cuyas recetas fueron evaluadas, no estuvieron enterados del propósito del estudio, explicándoseles en caso necesario, que estábamos evaluando la comprensión de la receta médica por parte de los pacientes.

-Si en algún momento en el transcurso de la aplicación del cuestionario se identificó algún error grave en la emisión de una receta, el médico en cuestión fue debidamente informado, antes de que el paciente se retirase a fin de que el error pudiera ser subsanado.

-En caso de que la información no hubiese quedado clara para el paciente en cuanto a algún aspecto de su tratamiento, una vez obtenida la información para la encuesta, se aclararon las dudas ya fue por el ejecutor del cuestionario o por su médico tratante.

-El estudio fue aprobado por el coordinador del Comité de Investigación Biomédica en Humanos del INNSZ.

RESULTADOS:

-CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES:

La tabla 1 recoge las características más importantes de los 90 pacientes estudiados. En términos generales, son representativos de los pacientes del INNSZ, si bien en nuestro estudio predomina el sexo femenino en un porcentaje ligeramente mayor. Es de destacar el escaso porcentaje de pacientes, 16.2%, que asistieron a algún curso (diabetes o cirrosis hepática), ya fuera completo o incompleto.

Los únicos 2 cursos disponibles para los pacientes fueron el de diabetes y el de cirrosis hepática, siendo el primero el de mayor asistencia.

-CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS:

La tabla número 2 resume los datos más relevantes de los médicos evaluados, mostrando el predominio de sexo masculino y las características descritas en el estudio respecto a las especialidades evaluadas (endocrinología y medicina interna). Treinta pacientes fueron atendidos por residentes de primer año de medicina interna, treinta más por residentes de segundo año de medicina interna y otros tantos por residentes de endocrinología.

-EVALUACION DE LA RECETA:

El promedio de fármacos recetados fue de 2.72 fármacos por paciente (TABLA 3 y FIG. 1), de ellos en 2.72 se especificó la frecuencia de administración, en 2.68 la dosis, en 1.35 la vía de administración, mientras que la duración sólo se especificó en 0.8 fármacos por paciente, ésta última con una P altamente significativa. Estos datos son muy importantes ya que como veremos posteriormente se correlacionan con la comprensión de los mismos rubros por parte del paciente.

La tabla 4 muestra un problema común en el estudio que es la escasa frecuencia de especificaciones diversas en la receta, variando de 19% para la suspensión de fármacos a 36% para anotaciones misceláneas.

Por otra parte, la misma tabla destaca un defecto frecuente e importante en la forma de la receta y es la ausencia del nombre del paciente, el cual sólo apareció en el 8.8% de los casos. Ninguna receta fue completa, destacando en el 94.4% de los casos la presencia de la fecha y en el 68.8% y en el 66.6%, la presencia del nombre y de la firma del médico respectivamente. En el 16.6% de las recetas se prescribieron fármacos sujetos a control, siendo éstas las más completas tanto en la forma como en el contenido.

Con base en los criterios seleccionados para calificar las recetas, las calificaciones en promedio fueron regulares, con una mediana de 7.5 para la calificación A (siendo lo óptimo 10 puntos) y de 2.5 para la B (siendo lo óptimo 0 puntos). En lo que respecta a la legibilidad fue buena, en general. (TABLA 5).

El tipo más frecuente de receta fue la extendida (71.1%). El médico explicó la receta en la mayoría de los casos (96%) (TABLA 5).

El número de hojas proporcionadas para cada receta fue de una en el 83% de los casos y de 6 sólo en el 1% (FIGURA 2).

El conocimiento y comprensión de la receta por parte del paciente (TABLA 6) se correlaciona con lo asentado en ella por el médico: el promedio de fármacos recetados fue de 2.72; el paciente comprendió la forma de administración en 2.68, la dosis en 2.64, la frecuencia en 2.62 y la duración en 2.02 fármacos, esto último con una diferencia estadísticamente significativa (TABLA 6 y FIG.3).

-EVALUACION DEL EXPEDIENTE:

Cuando analizamos las características de la prescripción en el expediente lo primero que destaca es que el promedio de fármacos recetados es de 1.94, con diferencia significativa con respecto al número de fármacos prescritos en la receta (2.72, vide supra); la especificación de la dosis ocurrió en un promedio de 1.51 fármacos, la frecuencia en 1.57 y la duración en 0.24 fármacos. Todos los valores anteriores tienen diferencia estadísticamente significativa con respecto al total de fármacos anotados en el expediente (TABLA 7). Se anotó una nueva terapéutica en el expediente en el 85.1% de los casos, otra modalidad terapéutica en el 57.5% y únicamente en el 13.5% se especificó en el expediente la suspensión de tratamiento.

Al confrontar la información referida en el expediente, con la de la receta, llama la atención que existe mayor número de episodios en los que, fármacos referidos en la receta no fueron consignados en el expediente (21 de 90), mientras que son raros los episodios a la inversa (3 fármacos referidos en el expediente y no en la receta). Por otro lado, los tratamientos no farmacológicos se consignan más en el expediente que en la receta (11 de 90 Vs. 3 de 90) (TABLA 8).

Conviene destacar que la discrepancia más frecuente fue la de especificaciones verbales que no fueron referidas ni en la receta ni en el expediente (27.7%).

La tabla 9 desglosa la distribución del número de fármacos por paciente referidos en la receta y no anotados en el expediente; en ella se destaca que en el 76.7% de los pacientes no hubo diferencias entre lo referido en ambos documentos, en 14.4% de los pacientes 1 fármaco referido en la receta no lo fue en el expediente y en el 1.1% de los pacientes hubieron 5 fármacos de la receta no anotados en el expediente.

El análisis del patrón de suspensión de fármacos (TABLA 10), refleja que lo más frecuente es que se refiera verbalmente al paciente (96% de los casos), y lo menos frecuente es que se especifique en la receta (17%).

En las tablas 11 y 12 se analiza la influencia de la escolaridad y el tipo de receta en su comprensión, respectivamente. Llama la atención, que no se encontró relación entre el nivel de estudios y la comprensión asumida por el paciente.

Por otro lado, en cuanto al tipo de receta, es evidente que a mayor número de fármacos prescritos se tiende a usar un patrón combinado. Por lo tanto, si nos restringimos a aquellos casos en que se usó sólo uno u otro tipo de receta, tiende a haber mejor comprensión con el tipo extendido, pero esto no parece alcanzar significancia estadística.

Al relacionar la calificación de la receta con las enfermedades predominantes no se encontró asociación alguna (TABLA 13). Sin embargo, al buscar la asociación de la calificación con la especialidad si hubo una mejor puntuación a favor de los residentes de medicina interna, con significancia estadística (TABLA 14). Paradójicamente, al desglosar esta asociación según el nivel de experiencia de los médicos, las mejores calificaciones correspondieron a los médicos con menor experiencia (TABLA 15).

Al analizar las discrepancias de la receta versus el expediente por tiempo de ejercicio médico, los valores anteriores no mostraron un patrón identificable ya que no hubo diferencias significativas entre los distintos residentes, a excepción de la anotación de suspensión de fármacos en el expediente (TABLA 16).

DISCUSION:

Este trabajo se circunscribe a los aspectos de calidad de la prescripción en cuanto a medio de comunicación, pero no aborda el aspecto de adecuación de los fármacos o medidas prescritas. El rubro es de cualquier manera fundamental, ya que debe de tenerse en cuenta que la forma es la vía de entrada al contenido de cualquier escrito.

Así mismo vale la pena destacar la escasez de literatura a este respecto.

El trabajo, realizado por García Rubí en nuestro instituto (11), en donde se demostró que la prescripción dada al paciente no siempre coincidía con lo reflejado en el expediente, fue la clave inicial para la realización de este estudio.

Nuestros resultados concuerdan con su trabajo, ya que uno de los puntos más importantes que analizaremos a continuación es la falta de congruencia entre el expediente y la receta en lo que se refiere a prescripción.

La importancia de tal hallazgo radica en dos hechos: Primero; todos usamos el expediente, de tal manera que aunque se pretende que los pacientes tengan un médico asignado, es frecuente que otro médico de la misma especialidad atienda en algún momento al paciente y por lo tanto se base en el expediente para conocer los datos más importantes del padecimiento, evolución y tratamiento.

Segundo; el expediente además de ser un arma de trabajo en la atención del enfermo lo es para la realización de estudios retrolectivos, y una fuente de información importante dentro del mundo de la investigación. Este estudio, nos muestra las serias limitaciones que tiene esta fuente de información en estudios que pretenden relacionar las prescripciones con ciertos desenlaces en el curso de las enfermedades.

Por otra parte nuestro estudio ha señalado a la receta médica como fuente de errores y omisiones en nuestro desempeño diario que pueden y deben de ser subsanados porque interfieren de manera relevante con la atención integral del paciente.

La calidad de la receta y su relación con los residentes, será también parte importante de nuestra discusión. Esta incluirá por último comentarios sobre algunos hallazgos como son el escaso porcentaje de pacientes que acude a los cursos de formación.

Las primeras tablas han puesto de manifiesto un hecho importante para la validez del estudio y es que tanto la población de pacientes estudiada como la de médicos residentes son representativas de nuestro instituto, esto no quiere decir que los resultados son directamente extrapolables a otras especialidades o a todos los residentes. Únicamente pretendemos dar elementos para la reflexión y análisis y si es posible normar conductas más adecuadas.

La idea de elegir, además de la especialidad de medicina interna la de endocrinología no fue fortuita, se deriva del hecho de que buena parte de los pacientes de medicina interna tienen patologías propiamente endocrinológicas (diabetes y enfermedades tiroideas fundamentalmente). Por otra parte, el número de residentes en ambas especialidades es lo suficientemente amplio como para poder apreciar adecuadamente la variabilidad de los patrones. Así obtenemos perspectivas desde dos especialidades distintas que sin embargo se asemejan mucho en la patología que atienden.

Cuando nos planteamos el estudio, era obvio que teníamos que recabar una serie de datos sobre los pacientes que pudieran reflejar el entorno económico y cultural, hecho que creíamos pudiera estar relacionado con la comunicación con el médico y, por ende, con la comprensión de la prescripción. Paradójicamente, ni la edad, ni la escolaridad, como han reflejado nuestros resultados, han demostrado relación alguna con la comprensión de la receta.

El nivel educacional de nuestra población, basado en el grado de escolaridad es bajo; sin embargo, todos los estratos culturales están representados, desde el analfabetismo hasta los estudios superiores. La reflexión que se deriva, es que los residentes se esfuerzan por hacer llegar la información a los pacientes, estableciendo una comunicación versátil pero adecuada a los distintos niveles socioculturales de nuestros pacientes.

Cuando analizamos la comprensión de la receta en función de las distintas enfermedades tampoco hallamos datos relevantes a pesar de que hay dos entidades, diabetes y cirrosis, para las cuales existen sendos cursos de información y autoayuda. Curiosamente, es escasa la población de diabéticos o cirróticos que acude a dichos cursos ya sea porque no son referidos, por falta de interés o por desconocimiento .

El análisis de esta situación que se antoja ilógica es complejo porque son muchos los factores que influyen como disponibilidad de tiempo por parte del paciente, interés, satisfacción con los resultados obtenidos, expectativas cumplidas o simplemente posibilidad de realizarlos por problemas de cupo.

Existen dos datos a este respecto relevantes e íntimamente ligados, que son el desconocimiento por parte de nuestros pacientes de dichos cursos y el hecho de que no son referidos por los médicos. La importancia de lo anterior estriba en que propiciando la asistencia a ellos, podemos aportar una educación sanitaria, a la que difícilmente pueden optar nuestros pacientes fuera del ámbito hospitalario. Debemos por lo tanto insistir en este aspecto, en la medida de lo posible, e implementar la estructuración de nuevos cursos factibles y accesibles en cuanto a tiempo y demás variables, sin descuidar su promoción en nuestro medio, ya que ésta puede ser una característica determinante en el envío de los enfermos.

El segundo punto que merece ser analizado en profundidad es el de la receta. El prototipo ideal de receta debe de tener una serie de informaciones como son: nombre del paciente y del médico, fecha, firma del prescriptor, de preferencia cédula profesional, esto en lo que a datos generales se refiere; por otra parte, debe de presentarse limpia, sin tachaduras o borrones; en lo que al contenido se refiere, debe de precisar nombre comercial y genérico de cada medicamento, presentación, dosis, vía de administración y duración o en su defecto número de envases.

Por último la legibilidad de la receta debe de ser excelente ya que no olvidemos, va a ser interpretada por alguien ajeno al emisor y en caso de error las consecuencias, sobredosis, tratamiento incompleto o incorrecto pueden ser desastrosas. De nada sirve tratar correctamente un padecimiento si la receta emitida es ilegible.

Nuestros resultados como a continuación revisaremos distan mucho de esta situación ideal. Por ejemplo se especifica la frecuencia de administración en todos los fármacos recetados, la dosis y la vía de administración en menor número de ellos y sin embargo la duración, en menos de uno de cada tres medicamentos prescritos. Tal parece que dentro de la prescripción existen algunos apartados que consideramos más importantes que otros cuando la realidad es que, un error en la duración de un tratamiento, ya sea por exceso o por defecto, puede ser gravísimo.

Esta actitud de los médicos se repite a la hora de rellenar los, llamémoslos, datos generales de la receta: así, por ejemplo, la fecha aparece casi en la totalidad de las recetas, mientras que la presencia del nombre del paciente es excepcional. Paradójicamente con este hecho, cuan grave consideramos, cuando se trata de pacientes internados, que uno de ellos reciba la medicación destinada a otro. Esta misma situación se puede dar fuera del hospital si la receta no va referida con el nombre del paciente correspondiente. La diferencia estriba en que el enfermo hospitalizado es responsabilidad nuestra, mientras que ésta desaparece temporalmente en el momento en que el enfermo abandona el consultorio. Únicamente cuando se prescriben medicamentos sujetos a control (16.6% de los casos en nuestro estudio), parece existir una actitud más cuidadosa derivada del hecho que no se aceptan las recetas mal rellenas o incompletas.

Por último, llama la atención, que rara vez se refieren en la prescripción tratamientos no farmacológicos, como si éstos fueran de segunda línea, irrelevantes o menospreciados, a pesar de que en numerosas entidades su utilidad está más que demostrada: sírvase de ejemplos, la dieta y el ejercicio, en enfermedades como la diabetes o la hipertensión arterial, donde su uso, no solo puede controlarlas sino que además supone un ahorro importante tanto para el paciente, como para el sector salud.

En definitiva, la receta es nuestra carta de presentación, un documento que sintetiza un encuentro, y como tal, no debemos de escatimar esfuerzos en realizarla correctamente y lo más completa posible, asegurándonos que su contenido llegue al paciente de manera explícita. La disponibilidad de recetas con encabezados en blanco para rellenar puede ser de utilidad, pero por encima de ello, supone dedicar una parte importante del tiempo de la consulta a su elaboración y al intercambio de la información que contiene con el paciente.

Como veremos a continuación, muchos de nuestros hábitos referidos en el apartado anterior se repiten a la hora de anotar la prescripción en el expediente.

Los resultados de nuestro estudio destacan, en primer lugar, que se anotan en el expediente menos fármacos que en la receta, repitiéndose el patrón de ésta última donde la especificación de la duración del tratamiento es lo menos frecuente. Por otra parte, en alrededor de un 15%, no se anota una nueva terapéutica; en lo que se refiere a la especificación de suspensión de tratamiento, ésta es realmente anecdótica. Así pues, a juzgar por los resultados obtenidos, el expediente parece ser una deficiente fuente de información en lo que a prescripción se refiere.

Este hecho es más relevante si analizamos como está organizada la consulta externa, con un sistema de citas programadas que permite consultar los expedientes desde el día anterior, o en su defecto, minutos antes de iniciar la entrevista. Lo mismo ocurre con la consulta de urgencias donde, desde el momento en que el paciente es recibido, se pide el expediente al archivo; éste cuenta con un sistema de préstamo donde se especifica el receptor de manera que el expediente esté siempre localizado, incluso durante las guardias.

¿De qué sirve tanto esfuerzo?, si quienes más uso hacemos del expediente no le damos la importancia que tiene, por no rellenarlo debidamente, menospreciando información como la ya mencionada duración de un tratamiento o la suspensión del mismo. En base a estos hechos, nos asalta la duda sobre la calidad de muchos trabajos de investigación, de tipo retrospectivo, basados en la búsqueda de datos en el expediente, no por el hecho de que estén mal realizados sino por la veracidad de la información que contienen.

El expediente, junto con lo referido por el paciente, es nuestra principal fuente de información, una bitácora que todos manejamos. Únicamente con voluntad y cambiando hábitos negativos podremos llegar a buen puerto.

Un problema diferente, pero derivado de lo anterior, lo constituye la falta de congruencia entre lo anotado en el expediente, lo referido en la receta y finalmente lo comentado con el paciente, en lo que a prescripción se refiere. Los datos relevantes de cada uno de ellos son contradictorios.

En lo que a suspensión de tratamiento se refiere, el enfermo *prima*, puesto es a quien más frecuentemente informamos verbalmente; el expediente sigue en importancia y por último en la receta es donde menos frecuentemente se especifica. Tal parece que el hecho de que el paciente esté informado encabeza nuestro orden de prioridades, sin embargo nos resulta poco importante el seguimiento de esta información por nuestros colegas.

A la hora de instaurar un nuevo tratamiento farmacológico, la receta parece ser nuestra principal referencia, junto con la información verbal, mientras que el expediente lo es menos frecuentemente.

Sin embargo cuando se tratan de especificaciones terapéuticas no farmacológicas, de nuevo, la información verbal al paciente, es nuestra principal manera de transmitir las.

En resumen nuestra manera de prescribir es anárquica e incompleta; los tres medios de los que disponemos para realizarla, la información verbal al paciente, el expediente y la receta médica, deberían de ser usados con la misma frecuencia y para los mismos fines. Idealmente todo paciente debe de ser informado por el médico de cualquier tipo de prescripción, en el sentido más amplio de la palabra, tanto verbalmente como por escrito (a través de la receta). Por último, el expediente debe ser el documento donde se plasme íntegramente este intercambio. No olvidemos que es excepcional que un paciente determinado sea atendido en una sola consulta o por un mismo médico. No debemos dejar al paciente la responsabilidad de transmitir a nuestros compañeros inicios o modificaciones terapéuticas, puesto que ni tiene la obligación, ni la preparación para ello. Los resultados pueden ser catastróficos.

Debemos de entender y aplicar la prescripción de manera integral; disponemos de un amplio arsenal terapéutico pero también no farmacológico. Sólo si somos conscientes de su existencia y no caemos en conductas limitativas, aprendidas o impuestas, donde lo único importante son los medicamentos, podremos hacer un uso adecuado de estrategias no farmacológicas fundamentales. Este es el primer paso para llegar a una prescripción con calidad.

Al inicio de la discusión, dejamos un apartado con puntos suspensivos, sobre el que creo merece la pena hacer las últimas reflexiones.

Nuestro estudio ha revelado que los residentes con menor experiencia, entendiéndose ésta en base al tiempo de ejercicio, realizan mejor las recetas, a juzgar por las calificaciones obtenidas. Esto, una vez más, resulta paradójico aunque caben dos interpretaciones:

La primera resulta del hecho de que inician su trabajo en la consulta externa. No conocen el modo de trabajar, toman contacto por primera vez con algunas enfermedades; en definitiva no están familiarizados con los pacientes. Esto, aunado al hecho de que son el punto de mira y por tanto el objetivo de muchas críticas, los obliga a ser más meticulosos, más cuidadosos en su quehacer y por ende en la manera de prescribir.

La segunda explicación deriva de su reciente preparación; han aprendido a lo largo de años de formación como realizar su trabajo; carecen de malos hábitos que normalmente se aprenden con años de ejercicio, y que una vez adoptados son muy difíciles de erradicar.

Si bien lo arriba referido explica nuestros hallazgos, no los justifica. Todos, en mayor o menor medida debemos de cambiar hábitos en lo que a prescripción se refiere. El ánimo de este trabajo no es apuntar un dedo acusador, sino identificar algunos de nuestros fallos para que tomando conciencia de ellos busquemos soluciones para remediarlos. Los beneficiarios, en última instancia, si logramos hacerlo, serán nuestros pacientes.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES:

1. La receta médica no contiene toda la información necesaria para la adecuada comprensión del tratamiento, especialmente en lo que a la duración se refiere. Este hecho se correlaciona con la comprensión del mismo por parte del paciente.

2. Si bien la legibilidad de la receta es adecuada, con frecuencia faltan precisiones necesarias para orientar adecuadamente al paciente.

3. En relación con la prescripción existe una falta de congruencia entre lo referido en la receta, lo anotado en el expediente y lo informado verbalmente al paciente. La principal incongruencia es la anotación de medicamentos en la receta pero no en el expediente. Su contraparte, la especificación de fármacos en el expediente y no en la receta, es menos frecuente pero no debe de menospreciarse dado el posible impacto en la salud del enfermo y las dificultades que dicha discrepancia implica para el seguimiento del paciente.

4. Las modalidades terapéuticas no medicamentosas tienden a ser relegadas y pobremente especificadas tanto en la receta como en el expediente.

5. El expediente no refleja adecuadamente cambios en la prescripción o inicio de nuevas modalidades terapéuticas.

6. El tiempo de ejercicio parece ejercer una influencia negativa en el llenado de recetas, considerando los aspectos de forma.

7. Existe la necesidad de cambiar hábitos en la forma de prescripción de los médicos.

REFERENCIAS:

- 1-LARRAT EP., TAUBMAN AH., WILLEY C. Compliance related problems in the ambulatory population. *Am Pharm* Feb 1990 NS 30 (2)p18-32.
- 2-GLAESKE G. Quality control of drug prescription by positive lists. *The European formulary. INT.J.CLIN. Pharmacology Therapy.* (GERMANY).1994.32(8)p403-8.
- 3-DURAN GONZALEZ LL., FRENK-MORA J., BECERRA APONTE J. La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. *Salud Pública en MÉXICO. Ma-11-SOUMERAI SB, AVORN. Predictors of physician change in an educational experiment to improve medications. Med. Care* 1987; 25:220-221rzo-abril 1990 32 (2)p181-91.
- 4-MONTANARO., MAGRINI N., VACCHERI A., BATTILANA M. Drug utilization in general practice: prescribing habits of National Formulary drugs by GPs of Emilia Romagna (ITALY) in 1988 and 1989. *European Journal Clinical Pharmacology (Germany)* 1992 42(4)p 401-408.
- 5-SOUMERAI SB, AVORN. Predictors of physician change in an educational experiment to improve medications. *Med. Care* 1987; 25:220-221.
- 6-MATA CASES M. AVELLANA REVUELTA E., DAVINS MIRALLES J., CALVET JUNOY, HORTELANO GARCIA MA., MARTIN LOPEZ A. Mejora continua de la calidad de la prescripción crónica en un centro de atención primaria: seguimiento a 5 años. *Atención Primaria. Marzo* 1994 13(4)p 172-6.
- 7-BELTRAN BOTRONS JL., LOPEZ GALLARDO EJ, GERVAS CAMACHO JJ. Prescripción de medicamentos en atención primaria. Estudio fármaco-epidemiológico en el área de Albacete. *Revista Sanitaria Hig. Pública (MADRID). Nov-dic* 1990.64 (11-12)p673-92.
- 8-DE SANTIS G., HARVEY KJ., HOWARD D., WASHFORD ML., MOULDS RF. Improving the quality of antibiotic prescription patterns in general practice. The role of educational intervention. *Medicine Journal Australia. Abril* 1994.160 (8)p502-5.
- 9-MATA CASES M., CASAS RODRIGUEZ J., AMAT RICO J., GRIFELL MARTIE. Indicadores de la calidad de la prescripción por patologías crónicas. *Atención primaria. Oct* 1990 7 (9) p564-569.
- 10-ROBLES SILVA L., ALCANTARA-HERNANDEZ E., MERCADO MARTINEZ FJ. Patrones de prescripción médica a individuos con diabetes mellitus tipo II en el primer nivel de atención. *Salud Pública MEXICO. Marzo-abril* 1993 35(2)p161-8.
- 11-ERNESTO GARCIA RUBI, JUAN GERARDO SIERRA MADERO, SAMUEL PONCE DE LEON ROSALES. Uso de antibióticos en la consulta externa del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Revista de Investigación clínica* 1991;43;113-18.
- 12-SIEGEL S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. MEXICO. 1980.

TABLA 1

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS (N=80)

	N	%
Sexo. Femenino	75	83.3%
Dificultad para ver	64	71.1%
No leen solos	5	5.8%
Dificultad para oír	21	23.3%
No requiere ayuda auditiva	60	100.0%
Presencia D.M.	41	45.6%
Presencia H.T.A.	24	28.7%
Presencia Enfermedades Digestivas	28	28.9%
Presencia otras enfermedades	76	84.4%
Realizó curso (completo y/o incompleto)	7/43*	16.2%
Requiere de ayuda para interpretar recetas	9	10.0%

	Mediana	Intervalo
Antigüedad (años)	6	1 a 31
Escolaridad	Secundaria Incompleta	nula a posgrado

	Media	Desviación estándar
Edad	54.6	14.85

* 41 realizaron curso de DM
2 realizaron curso de cirrosis

TABLA 2

CARACTERISTICAS DE LOS MEDICOS

	N	%
Sexo femenino	18	20,00%
Med. Int.	60	66,67%
Esp. Endocrinología	30	33,33%
I. ejercicio: R1	30	33,33%
I. ejercicio: R2	30	33,33%

TABLA 3**PRESENCIA DE DATOS EN LA RECETA (a)**

	Promedio	Dev. Est.	Mediana	Intervalo	P (*)
No. fármacos	2,72	1,68	2	1 a 8	-
Presencia de la presentación	1,8	1,67	1	0 a 8	0,0001
Presencia de la dosis	2,68	1,68	2	1 a 8	>.10
Presencia de la frecuencia	2,72	1,68	2	1 a 8	>.10
Presencia del No. de envases	0,25	0,50	0	0 a 3	0,0001
Presencia de la duración	0,8	1,29	0	0 a 8	0,0001
Presencia de la vía de administración	1,35	1,50	1	0 a 8	0,0001
Nombre comercial	2,7	1,7	2	1 a 8	>.10

* = Significancia de la diferencia respecto al total.

TABLA 4**PRESENCIA DE DATOS EN LA RECETA (b)**

	N	%
Presencia de especificaciones otras	4/11 *	36,3%
Especificación de suspensión de fármacos	5/26 *	19,2%
Especificación de otras modalidades terapéuticas	7/28 *	25,0%
Presencia nombre del paciente	8/90	8,8%
Presencia nombre del médico	62/90	68,8%
Presencia firma del médico	60/90	66,6%
Presencia cédula profesional	29/90	32,2%
Presencia fecha	85/90	94,4%
Presencia fármacos sujetos a control	17/90	18,8%

* El denominador se integró con todos aquellos casos en donde se especificó cada una de las reseñas, además de en la receta, en el expediente y/o verbalmente; así por ejemplo en el caso de especificación de suspensión de fármacos el denominador 26 integra los pacientes en quienes se especificó la suspensión de uno o más fármacos verbalmente y/o en el expediente; de ellos, en solo 5 casos se anotó en la receta.

TABLA 5**CARACTERÍSTICAS MISCELÁNEAS Y EVALUACION DE LA RECETA**

	N	%
Presencia de tachaduras	4	4.4%
El Médico explicó la receta	87	98%
Tipo Receta: extendida (1)	64	71.1%
abreviada (2)	18	20%
mista (3)	8	8.9%

	Mediana	Intervalo
Legibilidad (0 a 6 pntos.)	6	4 a 6
Nº. de hojas	1	1 a 6
Calificación A (4)	7.5	4.5 a 10
Calificación B (5)	2.5	0 a 4

(1) Extendida: se explica la frecuencia de administración mediante palabras escritas (sin abreviaturas).

(2) Abreviada: en dicha receta se separa por guiones el número de unidades que el paciente debe de administrarse en cada fracción del día; por ejemplo 1-1-1 (lo que significa un tableta tres veces al día).

(3) Mista esta receta es una mezcla de las dos previamente mencionadas.

(4) Calificación A: los valores posibles van de 0 a 12, siendo el 0 la peor calificación aplicable a la receta. Ver texto.

(5) Calificación B: los valores posibles son de 0 a 6 siendo la mejor calificación el 0. Ver texto.

TABLA 6**CONOCIMIENTO Y COMPRENSION DE LO ASENTADO EN LA RECETA**

	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Intervalo	P (*)
No. fármacos recetados	2,72	1,68	2	1 a 8	-
Comprendió forma de admon.	2,68	1,71	2	0 a 8	>.10
Comprendió la dosis	2,64	1,66	2	1 a 8	>.10
Comprendió la frecuencia	2,62	1,68	2	0 a 8	>.10
Comprendió la duración	2,02	1,79	2	0 a 8	0.0001
No de fármacos conocidos	1,36	1,43	1	0 a 8	0.0001

	N	%
Comprendió indicaciones especiales	17/22	77.2%

*= Significancia de la diferencia con respecto al total (No. de fármacos recetados).

TABLA 7

CARACTERÍSTICAS DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EXPEDIENTE

	Promedio	Desv. Est.	Mediana	Intervalo	P (**)
Total de fármacos en el expediente	1.94	1.38	2	0 a 8	0.0001 **
Especificación dosis	1.51	1.40	1	0 a 8	0.0001
Especificación frecuencia	1.57	1.38	1	0 a 8	0.0006
Especificación duración	0.24	0.61	0	0 a 3	0.0001
Especificación nombre comercial	1.68	1.45	1	0 a 8	0.004

	N	%
Anotación nuevo tratamiento	72/84 (a)	85,10%
Especificación suspensión fármaco	12	13,30%
Especificación otras mod. terapéuticas	15/26 (b)	57,50%

*= Significancia de la diferencia con respecto al total de fármacos en el expediente.

** Significancia de la diferencia con respecto al número de fármacos prescritos en la receta.

(a): El denominador recoge los 84 pacientes en quienes se anotó un nuevo tratamiento en la receta, en el expediente o bien en quienes se especificó verbalmente.

(b): El denominador recoge los 26 pacientes en quienes se especificaron otras modalidades terapéuticas verbalmente o por escrito (en la receta o en el expediente).

TABLA 8

CONFRONTACION ENTRE EXPEDIENTE Y RECETA (No. de sujetos afectados).

	N	%
Fcos. en expediente, no en receta.	3/80	3.33
Fcos. en receta no en expediente.	21/80	23.3
Tto. no medicamentoso en expediente, no en receta.	11/80	12.2
Tto. no medicamentoso en receta, no en expediente.	3/80	3.33
Especif. verbales no en expediente, ni en receta.	25/80	27.7

TABLA 9

**DISTRIBUCION DEL NUMERO DE FARMACOS NO ANOTADOS
EN EL EXPEDIENTE Y SI EN LA RECETA**

No. de Fármacos por paciente	N	%
0	69	76,7
1	13	14,4
2	3	3,3
3	4	4,4
4	0	0,0
5	1	1,1
	90	

TABLA 10

PATRON DE SUSPENSION DE FARMACOS

Forma de suspensión	N	%
Verbal	23	98,00%
En receta	4	17,00%
En expediente	11	46,00%

* En total, en 24 pacientes se hizo, por al menos una vía, alguna modificación de suspensión de fcos.

TABLA 11

COMPRESION DE LA RECETA SEGUN ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	N	DOSIS	DURACION	FECUENCIA	ADMON.
1	47	2.77 (1.80) *	1.85 (2.00)	2.72 (1.83)	2.85 (1.89)
2	43	2.51 (1.52)	2.21 (1.54)	2.51 (1.52)	2.51 (1.52)
P		0.57	0.11	0.67	0.48

ESCOL1: si la escolaridad es menor de 5 (incluye: analfabetos, primaria incompleta, primaria completa y secundaria incompleta).

ESCOL2: si la escolaridad es mayor de 4 (incluye: secundaria completa, preparatoria incompleta o completa, carrera técnica incompleta o completa y estudios superiores incompletos o completos).

* Promedio (desviación estandar).

TABLA 12**COMPRESION DE LA RECETA SEGUN EL TIPO DE LA MISMA**

TIPO RECETA	N	DOSIS	DURACION	FECUENCIA	ADMON.
extendida	64	2.55 (1.50) *	1.95 (1.60)	2.55 (1.50)	2.55 (1.50)
abreviada	18	2.39 (1.85)	1.5 (1.85)	2.38 (1.9)	2.61 (2.12)
mixta	8	4.0 (2.07)	3.75 (2.31)	4.0 (2.07)	4.0 (2.07)
P		0.09	0.03	0.06	0.13

* Promedio (desviación estandar).

TABLA 13**INFLUENCIA DEL PADECIMIENTO EN LA CALIFICACION DE LA RECETA.**

PADECIMIENTO		N	CALIF A *	P	CALIF B *	P
DM	SI	41	7.24(1.33)		2.62(0.86)	
	NO	48	7.57(1.35)	0.21	2.27(0.99)	0.09
HTA	SI	24	7.58(1.51)		2.45(0.99)	
	NO	85	7.36(1.28)	0.36	2.43(0.93)	0.94
DIGESTIVO	SI	26	7.61(1.17)		2.35(0.88)	
	NO	63	7.34(1.41)	0.34	2.47(0.97)	0.54
OTROS	SI	75	7.49(1.37)		2.45(0.96)	
	NO	14	7.07(1.14)	0.23	2.36(0.87)	0.66

* promedio (desviación estándar).

TABLA 14

INFLUENCIA DE ESPECIALIDAD EN LA CALIFICACION DE LA RECETA

	CALIF. A **	CALIF B ***	P
Med. Interna	7.68 (1.35)*	6.91 (1.20)	0.02
Endocrinología	2.23 (0.98)	2.83 (0.72)	0.0059

* promedio (desviación estándar).

** 0 lo peor, 12 lo mejor.

*** 0 lo mejor, 6 lo peor.

TABLA 15

INFLUENCIA DEL TIEMPO DE EJERCICIO MEDICO EN LA CALIFICACION DE LA RECETA

	TEJ1	TEJ2	TEJ3	P(TEJ1 Vs. TEJ2)	P(TEJ1, TEJ2 Y TEJ3)
	Promedio (desv. estándar)	Promedio (desv. estándar)	Promedio (desv. estándar)		
CALIFICACION A *	7.65(1.44)	7.50(1.24)	6.91(1.20)	0.25	0.05
CALIFICACION B **	2.11(1.10)	2.38(0.84)	2.63(0.72)	0.24	0.012

TEJ1:residentes de primer año.
 TEJ2:residentes de segundo año.
 TEJ3:residentes de endocrinología.

*0 lo peor, 12 lo mejor.
 **0 lo mejor, 6 lo peor.

TABLA 16**DISCREPANCIAS RECETA VERSUS EXPEDIENTE (POR TIEMPO DE EJERCICIO MEDICO).**

TIPO DE DISCREPANCIA	TEJ1	TEJ2	TEJ3	P
Fcos. en expediente, no en receta.	1	1	1	NS
Fcos. en receta, no en expediente.	6	5	10	0.07
Tto. no fco. en expediente, no en receta.	4	5	2	0.48
Tto. no fco. en receta, no expediente.	1	2	0	0.35
Espec. verbales, no en expediente.	9	10	6	0.49
SUSP. FCO. VERBAL	8	6	9	0.66
SUSP. FCO. RECETA	0	2	2	0.35
SUSP. FCO. EXPDTE.	4	0	7	0.02

Fig. 1

No. de fármacos prescritos en la receta (N=90)

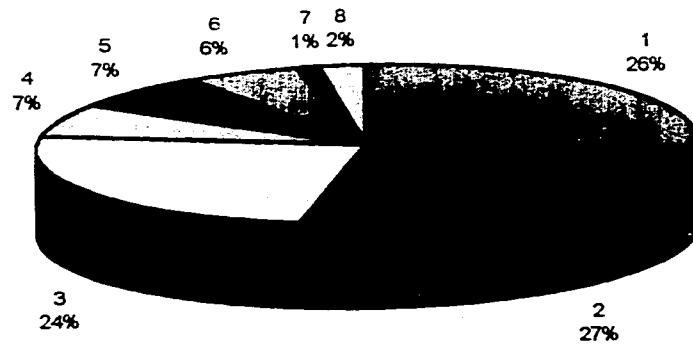


Fig. 2

**Frecuencia del No. de hojas
por receta**

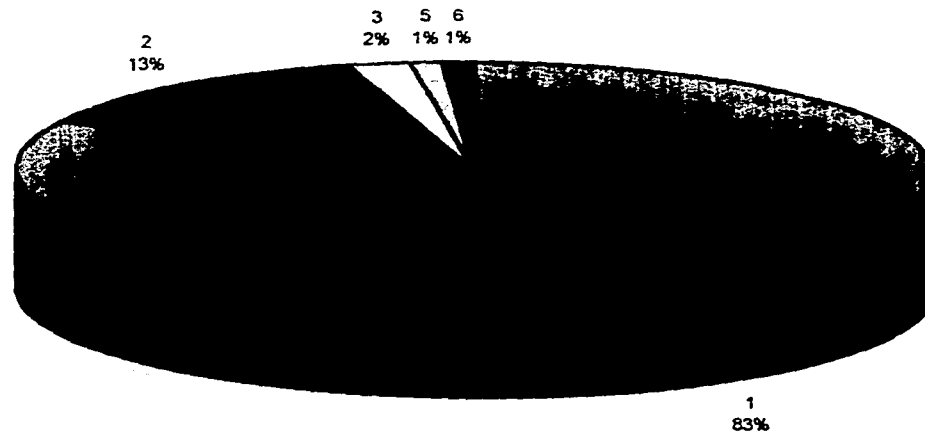
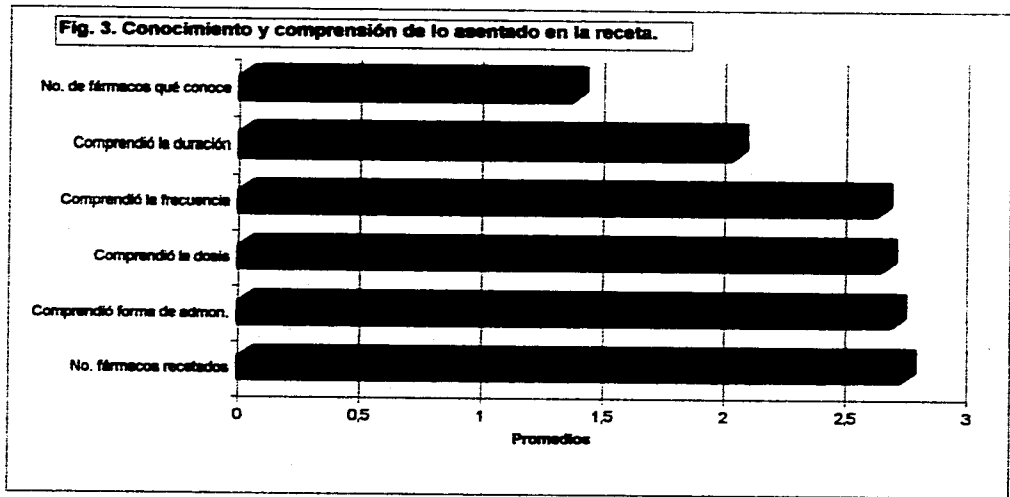


Fig. 3. Conocimiento y comprensión de lo asentado en la receta.



APENDICE.1.

CUESTIONARIO APLICADO A LOS PACIENTES

HOJA DE CAPTACION DE DATOS:

		Día	Mes	Año
-Fecha:		--	--	--
0.Fecha de ingreso al hospital:		--	--	--
1.Nombre del paciente:				
2.Número de expediente:		--	--	--
3.Edad:			--	--
4.Sexo: M F				-
5.Escolaridad				--
		COMPLETA	INCOMPLETA	
analfabeta		--	--	
primaria		--	--	--
secundaria		--	--	--
preparatoria		--	--	--
carrera técnica		--	--	--
estudios superiores.		--	--	--
6.Dificultad para ver:				
	NO	SI	LEE SOLO:	-
	-	-	REQUIERE DE AYUDA:	-
7.Dificultad para oír:	NO	SI	SOLO:	-
	-	-	REQUIERE DE AYUDA:-	-

8. Requiere o solicita habitualmente interpretación de la receta:

NO SI
- -

9. Participó en alguno de los cursos impartidos en el INNSZ en relación a alguna enfermedad de base: -

Curso completo: -
Curso incompleto: -
No: -
No procede: -

10. Explicó el médico la receta: NO SI
 - -

11. Valoración de la comprensión de la receta:

-N.de fármacos de recetados:	TOT.	- -
		N.SI
-Comprendió la forma de administración:		- -
-Comprendió la dosis:		- -
-Comprendió la frecuencia:		- -
-Comprendió la duración:		- -
-Comprendió las indicaciones especiales:		- -

12. El o los medicamentos prescritos son ya conocidos para el paciente:

SI TOT.
- - - -

13. Hubo especificaciones verbales por parte del médico, en el sentido terapéutico, no especificadas en la receta:

SI NO NS - -
- - - - - -

cuales:-
-
-
-

-VALORACION DE LA RECETA:

		TOT	
1. Número de medicamentos distintos:		--	
2. Presencia de tachaduras o borrones:	SI	NO	--
	--	--	--
3. Presencia del nombre			
		N.SI	TOT
del medicamento:	COMERCIAL Y GENERICO	--	--
	GENERICO	--	
4. Presencia de la presentación:		--	
5. Presencia de la dosis:		--	
6. Presencia de la frecuencia:		--	
7. Presencia del No.de envases:		--	
8. Presencia duración del tratamiento:		--	
9. Presencia de la vía de administración:		--	
10. Presencia de especificaciones otras:		--	
	NP	--	
11. Especificación de suspensión de fármacos:	SI	--	
	NO		
	NP		

12. Especificación de otras modalidades terapéuticas:	SI NO NP	--
(DIETA, EJERCICIO, ...)		
13. Número de recetas extendidas:		--
14. Presencia del nombre del paciente: SI-NO		--
15. Presencia del nombre del médico: SI-NO		--
16. Presencia de la firma del médico: SI-NO		--
17. Presencia de la cédula profesional: SI-NO		--
18. Presencia de fecha: SI-NO		--
19. Presencia de fármacos sujetos a control: SI-NO NO		--.
20. TIPO de receta: extendida abreviada		--
21. VALORACION DE LA LEGIBILIDAD:		
	SI.	TOT.
completa	--	--
parcial.	--	
imposible.	--	

VALORACIÓN DEL EJECUTOR:

0.Código:				---
1.Tiempo de ejercicio:	RI			-
	RII			
	Médico de base:			
2.Especialidad a la que pertenece.				--
3.Sexo:	M	F		-

VALORACIÓN DEL EXDPEDIENTE:

1.Anotación de una nueva terapéutica: (no empleada en la visita anterior)	SI	NO	NP	--
2.Presencia del nombre comercial:	N.SI		TOT	--
	--		--	
3.Presencia del nombre genérico:	--			
4.Presencia de la dosis:	--			
5.Presencia de la frecuencia:	--			
6.Especificación de la duración del tratamiento:	--			
7.Especificación de otras modalidades terapéuticas:	--			
8.Especificación de suspensión de fármaco:	--			

9. Enfermedades que padece: AGUDAS: -- CRONICAS --
-- --
-- --

10. Empleo del término igual o similar: SI NO NP -

CONFRONTACION:

-Fcos. que están en el expediente y no aparecen en la receta
.NO.: --
.ESPECIFICAR:

-Fcos. que están en la receta y no son mencionados en el expediente:
.NO.: --
.Tipo:

-Modalidades terapéuticas no medicamentosas mencionadas en el expediente y no en la receta:
.SI NO --

-TIPO:

-Modalidades terapéuticas no medicamentosas mencionadas en la receta y no anotadas en el expediente:
.SI NO --

-TIPO:

-Presencia de especificaciones verbales no anotadas en el expediente
.SI NO --

-Especificación de suspensión de tratamiento:

	SI	NO
VERBAL:	-	-
RECETA:	-	-
EXPEDIENTE:	-	-